

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Idosos da UBS Brejão, Redenção Do
Gurguéia / PI**

Mayalina Fis Díaz

Pelotas, 2016

Mayalina Fis Díaz

**Melhoria da Atenção à Saúde de Idosos da UBS Brejão, Redenção Do
Gurguéia / PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Fabiana Vargas Ferreira

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

D542m Díaz, Mayalina Fis

Melhoria da Atenção à Saúde de Idosos da UBS Brejão,
Redenção do Gurguéia/PI / Mayalina Fis Díaz; Fabiana Vargas
Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

85 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Ferreira, Fabiana Vargas,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

“Dedico a minhã família; fonte de inspiração para todos meus passos na vida, e por
acreditarem sempre em mim”.

Agradecimentos

Primeiramente as orientadoras: Francine Cardozo Madruga e Fabiana Vargas Ferreira, pela ajuda indispensável para a criação deste trabalho, por sua compreensão e acompanhamento em todo o período de estudo;

A Equipe de Saúde da Unidade de Saúde Brejão; Município Redenção Do Gurguéia do Estado Piauí, pelo apoio, trabalho integral, e comprometimento com a saúde na atenção primária;

À Universidade Federal de Pelotas, pela oportunidade para a superação de nós como profissionais da saúde;

À Secretaria e Coordenadora de Saúde do município, pelo apoio nas atividades realizadas, por sua gestão certa para fazer possível o cumprimento das mesmas;

Por fim, muito obrigada a todos os que contribuíram no desenvolvimento deste trabalho.

Resumo

DÍAZ, Mayalina Fis. **Melhoria da Atenção à Saúde de Idosos da UBS Brejão, Redenção do Gurguéia / PI. 2016. 83f.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

O trabalho de conclusão da Especialização em Saúde da Família objetivou apresentar a intervenção realizada no serviço de saúde para melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Brejão. Em virtude da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa necessitar de melhorias, pois a maioria dos idosos não era acompanhada pelo Programa, bem como a falta de registros, permitiram que a ação fosse escolhida para a qualificação. A intervenção teve duração de 12 semanas e contou com apoio de toda a equipe. A coleta de dados ocorreu por meio de preenchimento de ficha-espelho e planilha de coleta de dados. Tivemos a orientação dos protocolos de atendimento do Ministério da Saúde dentro dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação, e organização da gestão do serviço para conduzir com qualidade a intervenção. A estimativa de idosos na área pré-intervenção era de 180 idosos. Após a intervenção, cadastramos 177 idosos (98,3% de cobertura). Conseguimos reorganizar o serviço, melhorando o registro (extremamente importante para o planejamento de ações), os exames clínicos foram realizados com qualidade, realizamos visitas domiciliares e ofertamos orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e higiene bucal. Com a intervenção, a equipe está mais qualificada ainda, integrada e trabalhando com união, assim, a comunidade será melhor assistida. Assim, acreditamos que para que o serviço continue qualificado, é preciso ter o apoio tanto da gestão quanto da comunidade. Através disso, os idosos terão condições de ter um envelhecimento saudável e ativo.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso	64
Figura 2	Gráfico indicativo da Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.	66
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.	68
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	69
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	72

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doença crônica não transmissível
EaD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PI	Piauí
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	50
2.3.3 Logística.....	56
2.3.4 Cronograma.....	58
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	61
Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas.....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	61
4 Avaliação da intervenção.....	63
4.1 Resultados	63
4.2 Discussão.....	72
5 Relatório da intervenção para gestores	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
Referências	78
Anexos	79

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos Idosos no município de Redenção do Gurguéia, Piauí / PI na Unidade de Saúde Brejão.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso apresentando o município ao qual pertence a Unidade Básica de Saúde em questão, a descrição da Unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2 e contém: a justificativa para desenvolver o trabalho, os objetivos e as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4, discussão dos resultados obtidos e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Na quinta seção, temos o relatório destinado aos gestores; na sexta o relatório para a comunidade e finalmente, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Após esta seção estão apresentadas as referências e os anexos que são compostos pelo material utilizado como apoio durante a intervenção e disponibilizados pelo curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) tem o nome de "Brejão", localiza-se na periferia da cidade e neste momento está em construção.

Oferecemos atenção a uma população de aproximadamente 1,797 pessoas. A população é muito boa e humilde, características das pessoas do interior, são pessoas carinhosas que me acolheram muito bem porque tinham muita carência de médico na comunidade. De forma geral a população que visita a UBS é predominantemente idosa e o sexo que mais solicita atendimento é o sexo feminino. Acho que por costume ou questão cultural do nordestino e o grupo que menos visita nossa UBS são os adolescentes e jovens.

Meu vínculo com a população é muito bom, conseguem entender quando falo com eles na consulta ou fora dela. As visitas domiciliares que estamos fazendo como parte das atividades programadas pela UBS é para desenvolver melhor as relações com a comunidade e assim vão me conhecendo melhor.

O município Redenção do Gurguéia localiza-se na região Nordeste, é pequeno com aproximadamente 9 mil habitantes, a principal fonte de trabalho são o comércio e o cultivo na rocha. A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem nove integrantes sendo composta por uma enfermeira, a médica da equipe (eu) e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além disso, temos o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que tem quatro integrantes: uma psicóloga, uma nutricionista, uma Fonoaudióloga e uma fisioterapeuta. Considero que temos recursos humanos; mas existe falta de coordenação e organização. Fazemos planejamentos das atividades educativas e assistenciais todo mês e discussão da produção da equipe. Fazemos agendamento programado semanalmente a grupos específicos da

população de maior prioridade de atendimento como são: gestantes, crianças menores de dois anos e usuários com Hipertensão e Diabetes.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Redenção do Gurguéia, antigamente distrito do município de Bom Jesus, recebeu *status* de município o dia 5 de dezembro de 1962. Tem uma população de 8600 indivíduos. A economia do município tem sua origem no trabalho agrícola da região (IBGE, 2014). Temos 4224 indivíduos do sexo masculino e a maioria são jovens de 15 a 19 anos; em relação às mulheres, temos 4177 e também a maioria é jovem (469 de 15 a 19 anos) (IBGE, 2014).

No município encontram-se funcionando 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e com ESF, uma das UBS da cidade, os médicos trabalham tanto na cidade como na zona rural e a segunda UBS o médico trabalha só na cidade, portanto é urbana. No município existem 4 Equipes de Saúde da Família, funcionando duas equipes de ESF em uma UBS e uma na outra. No meu caso, minha UBS é rural e a mesma está em construção, será a terceira. Eu trabalho dois dias da semana, um dia em cada UBS e os outros dois dias da semana trabalho nas áreas adstritas do interior que pertencem a minha UBS.

Temos disponibilizado um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) integrada por uma Psicóloga, Nutricionista; Fonoaudióloga e Fisioterapeuta. Além disso, também temos disponibilidade de atendimento especializado em Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia que faz pequenas cirurgias. O serviço hospitalar disponível é muito pouco, com 3 camas para usuários adultos homens e 3 para mulheres só para observação de menos de 24hs e aplicação de tratamentos. Não temos serviço de plantão médico, o que dificulta a internação hospitalar. A maioria das vezes os usuários são encaminhados para o Hospital Regional. Realizam-se exames complementares básicos de laboratório clínico a cada quinze dias; as ultrassonografias e radiografias se realizam no Hospital Regional pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou particular. Não existe Centro de Especialidades Odontológicas. No município existe em cada UBS da cidade atendimento de Odontologia.

No município encontra-se constituído e funcionando o Conselho Local de Saúde; não existindo em minha UBS, continua sendo uma dificuldade. Minha área de abrangência é majoritariamente analfabeta ou com ensino fundamental incompleto, o

que faz que seja uma população com pouco nível cultural e com poucas capacidades para expressar suas inquietudes, suas opiniões, idéias e estratégias de trabalho.

A UBS onde atuo tem o nome de "Brejão". Localizada na periferia com um modelo de ESF. A ESF encontra-se composta por uma médica clínica geral, um enfermeiro e sete ACS. Uma das ACS quando trabalhamos no interior com muita demanda vai como técnica de farmácia. O vínculo da ESF com a população é muito bom, com uma boa comunicação e atendimento na hora que precisam. As visitas domiciliares e atividades com os grupos de risco (HAS, DM, Idosos, Gestantes e outros), ajudam a desenvolver melhor as relações com a comunidade. Existem vínculos com as instituições de ensino do município para a realização de atividades de educação em saúde.

Como minha UBS está em construção e os locais onde realizo as consultas são adaptados, não existe sala de espera; recepção; consultórios para atendimento médico e odontológico, farmácia; curativo; banheiro e cozinha. Só existe um quarto adaptado para realizar a consulta e outra sala onde o enfermeiro e agentes entregam os medicamentos e dão as palestras; o banheiro que existe é o mesmo tanto para os profissionais como para os usuários.

Sobre as barreiras arquitetônicas podemos dizer que uma das maiores limitações está no fato de que a maior parte da população mora longe da UBS e as estradas são irregulares, o que dificulta o acesso dos usuários idosos e com deficiências. Devido a isso, fazemos visitas nas casas para que assim os usuários não fiquem sem atendimento. Sabemos que não é suficiente, pois a consulta é só uma vez ao mês. Outras limitações que dificultam o bom desempenho é que os locais não têm rampas alternativas para garantir o acesso; os banheiros não têm as condições adequadas; não existem cadeiras adequadas para os usuários; nem cadeiras de rodas para idosos e com deficiências onde eles têm risco de cair, de acidentar-se. Quando finalizar a construção da UBS, quase todas estas limitações serão resolvidas, pois a nova UBS está sendo planejada.

A comunidade conhece essas situações, mas falta iniciativa dos usuários em ajudar com recursos coletivos da comunidade. É responsabilidade da gestão garantir os princípios do SUS, mas mesmo assim uma questão que nossa equipe precisa trabalhar com a comunidade, são os sentimentos de amor pela UBS, no que se refere à conservação e cuidados dos locais comuns da UBS.

Muitas vezes faltam alguns instrumentais e meios diagnósticos, medicamentos e insumos como, por exemplos, materiais para suturas de usuários feridos, oftalmoscópio, autoclave, balança infantil para o trabalho dos ACS na comunidade. Também temos com frequência falta de medicamentos essenciais no tratamento de doenças comuns, fundamentalmente analgésicos e para os usuários com hipertensão e diabetes. Outro problema identificado é que não existe um sistema de manutenção e reposição de instrumentos e de mobiliário. A Equipe de Saúde tem identificado os problemas e necessidades básicas para oferecer um serviço adequado. Trabalhamos muitas vezes com esforço próprio quando um equipamento quebra por falta de manutenção ou uso inadequado e muitos usuários da comunidade também ajudam no conserto e reposição.

Outra situação que merece destaque é em relação ao acesso dos usuários à atenção secundária. Em nosso município existe um sistema de regulação e agendamento de consultas especializadas e, para exames de maior complexidade com instituições dos SUS do Estado e outras, mediante convênios pactuados pela Secretaria Municipal de Saúde, que possibilita o acesso ao atendimento especializado e retaguarda hospitalar.

Nossas atividades são realizadas em locais como escolas e casas dos usuários durante as visitas domiciliares. O atendimento de urgência/emergência se realiza de forma básica, sem equipamento suficiente para dar Suporte Básico de Vida (SBV) com qualidade. Por isso a maioria dos casos que precisam de atendimento com SBV, são referenciados para Unidade de Pronto Socorro que temos na sede da cidade e de lá referenciados para Hospital Regional. A equipe também realiza diferentes procedimentos como, por exemplo: colocar ou trocar sondas, curativos, orientações, aplicação de alguns medicamentos injetáveis e orais, acompanhamento de problema de saúde (revisão), medição da pressão e outros.

O atendimento no domicílio é feito de forma programada semanalmente e quando os usuários precisarem segundo a gravidade da doença ou problema de saúde. A busca ativa de usuários faltosos a consultas programadas como Puericultura, Pré-Natal, e usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes, é feita por toda a ESF, mas principalmente pelos ACS. A médica, a enfermeira e os ACS são os que realizam a notificação compulsória de doenças e agravos para a Equipe de Epidemiologia do Município como, por exemplo: casos confirmados de dengue e sífilis. O gerenciamento de insumos é feito principalmente pela enfermeira.

Os profissionais de UBS participam das atividades de qualificação profissional, fundamentalmente para qualificação da gestão e atenção em saúde. Percebi que a qualificação profissional só envolve a médica e enfermeira, quando deveria ser mais amplo e incluir todos os profissionais da ESF.

O número de habitantes na área adstrita segundo dados do cadastramento feito pelos ACS no mês é de 1,797 usuários aproximadamente, divididos em 335 famílias, com um total de 487 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 191 crianças menores de 5 anos, 877 pessoas de 5 a 14 anos, 268 pessoas com 60 anos ou mais, 185 pessoas com 20 anos ou mais com HAS e 33 pessoas com 20 anos ou mais com DM. Além disso, temos 28 crianças menores de 1 ano e 16 gestantes que são atendidas na UBS. O tamanho da população está em concordância com o tamanho dos serviços disponibilizados para o atendimento dos usuários.

O acolhimento dos usuários de demanda espontânea pode comparar-se com a primeira porta de entrada ao SUS que eles encontram na Unidade Básica de Saúde (UBS), e segundo a forma em que são acolhidos vai ser o grau de satisfação da atenção recebida e o nível de resolutividade das suas necessidades. Depende muito também da classificação de risco realizada durante a triagem na demanda espontânea, como forma de diminuir o fluxo do atendimento.

Considero muito importante que durante o acolhimento da demanda espontânea, os membros da equipe de saúde, que têm essa responsabilidade, saibam escutar as queixas dos usuários traduzidas em demandas sentidas e expressas, sabendo que cada caso é diferente e tem suas próprias peculiaridades. Nem sempre existem os recursos necessários para oferecer o atendimento integral que precisam nossos usuários da demanda espontânea. Mas devem existir, além disso, a capacidade de gestão de cada um dos membros da equipe encarregada do acolhimento, para desenvolver soluções e respostas objetivas que satisfaçam suas necessidades. Deve-se evitar por parte da equipe de saúde ações burocráticas, contraproducentes e retrazos desnecessários que contribuem só para dificultar o atendimento.

No meu caso, o acolhimento da demanda espontânea é feito na sala das casas onde eu faço o atendimento e a responsabilidade é da ESF em sua totalidade com um tempo médio de acolhimento de 5 a 10 minutos. Mas pela dinâmica do processo o enfermeiro, a médica e os agentes são os que mais participam dele. Geralmente quando existe excesso de demanda são atendidos no dia levando em conta sua

classificação de risco. Nos casos de usuários com problemas agudos que precisarem de atendimento imediato e prioritário sempre são acolhidos de forma rápida e segundo a gravidade de seu problema são atendidos ou referenciados para a Unidade de Pronto Atendimento/Urgência do Município e em muitas ocasiões são acompanhados por um membro da equipe de saúde.

Em relação às ações programáticas, Saúde da Criança ou Puericultura. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), temos 30 crianças na área de abrangência e são cadastradas e acompanhadas 28 (93% de cobertura). Os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança avaliados mostram que foi encontrado 100% de qualidade na realização do teste do pezinho até sete dias, triagem auditiva, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes. Agora o indicador do número de crianças com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde apresentou 93% (26 crianças); o atraso da consulta agendada em mais de sete dias mostrou uma porcentagem de 96% (27 crianças). A provável explicação é a distância de moradia das crianças em relação à UBS. As consultas de puericultura são realizadas uma vez por semana e duas semanas por mês, na parte da manhã. Participam dessas consultas a médica, a enfermeira; também participam apesar de não serem da minha UBS; a técnica de enfermagem e recepcionista dessa UBS. Além disso, atendemos crianças com problemas de saúde agudos nos horários de atendimento à demanda espontânea, e nos casos que precisarem serviços de pronto atendimento ou especializados, são tratados e referenciados segundo os protocolos oficiais. As características apresentadas já foram conversadas pela equipe e foi proposto um reforço do monitoramento e avaliação do Programa de Puericultura na UBS, com produção e discussão do relatório mensal nas reuniões de equipe. A busca de crianças faltosas à consulta agendada continua sendo uma das atividades de maior prioridade e os ASC têm a maior responsabilidade nesta tarefa. Além disso, deve existir uma boa comunicação e compromisso entre todos os membros da equipe de saúde para conseguir resultados mais satisfatórios.

Em relação ao Pré-Natal (PN) e Puerpério, esta ação programática é uma das mais importantes e têm prioridade para a equipe da UBS, apesar de não termos uma UBS realmente construída, realizamos atendimento duas vezes por mês em uma das UBS da cidade. Os registros são realizados por meio do formulário especial do PN e Puerpério, ficha espelho das vacinas e o cadastro do Sistema de Informação do Pré-Natal. Segundo o CAP, temos 19 gestantes e todas são acompanhadas pelo Programa da UBS (100% de cobertura). Mesmo assim, alguns indicadores precisam ser melhorados, pois 8 (42%) usuárias foram captadas no primeiro trimestre gestacional; 14 (74%) estão com vacina contra Hepatite B em dia; no caso do exame ginecológico, ele não é feito em nenhum trimestre, nem avaliação de saúde bucal, apesar de não termos odontologia em nossa UBS, na cidade existe atendimento, mas as gestantes não realizam consultas odontológicas. Em relação ao Puerpério, não realizamos consultas para as puérperas, só quando vamos ao domicílio e mesmo assim, o registro é inadequado e/ou inexistente. Quando temos contato com as puérperas, orientamos sobre cuidados com recém-nascido, aleitamento exclusivo e planejamento familiar.

Na minha UBS temos cadastradas as gestantes da área de abrangência que são atendidas pela equipe de saúde e fazem acompanhamento com médica, enfermeira e agentes de saúde. Todos fazem uso do protocolo de Atendimento do Pré-natal produzido pelo Ministério da Saúde. Um dos propósitos da equipe de saúde é iniciar o pré-natal antes das 14 semanas de gestação e realizar, no mínimo, oito consultas. Aquelas usuárias que apresentam alguma intercorrência durante a gestação ou Puerpério podem ser atendidas em qualquer dia do expediente laboral pela médica e enfermeira na UBS ou no domicílio. Um diferencial importante é fomentar a inclusão e participação do pai nas consultas de atenção pré-natal para aumentar o apoio psicológico à gestante, oferecer educação em saúde sobre gestação e Puerpério e compartilhar responsabilidades desde bem cedo no cuidado do futuro bebê.

Em relação à Detecção e Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama, a consulta se realiza uma vez ao mês na UBS da Cidade onde se realizam o PN e Puerpério. Para o preenchimento do CAP, para o Programa de Câncer de Colo de Útero, foi usado o prontuário clínico e os resultados mostram necessidades de melhorias importantes. Não foi possível preencher a quantidade de mulheres de 25 a 64 anos de idade, então, utilizou-se uma estimativa (487 usuárias). Os poucos indicadores da qualidade avaliados refletem o trabalho insuficiente feito pela Equipe de Saúde da Família. Os indicadores medidos foram, avaliação de risco para 285 usuárias (59%) e orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) para 325 usuárias (67%). O restante não está registrado. Para o Câncer de Mama, a estimativa é de termos 151 mulheres na área de abrangência de 50 a 69 anos. Indicadores medidos que foram preenchidos são: avaliação de risco 25 usuárias (17%) e orientação para prevenção foi realizada para 97 usuárias (64%). Realizamos consultas e o rastreamento é realizado tanto pela médica quanto pela enfermeira. Indicamos a realização da mamografia de acordo com a faixa etária. Considero que para o diagnóstico precoce de câncer de colo de útero e de mama, é muito importante o trabalho em equipe (com participação total com responsabilidade e eficiência), desenhar estratégias que permitam gestar ações positivas e a fazer atividades educativas na comunidade com o objetivo de informar, quebrar preconceitos, e alcançar maior participação em ambos programas.

Em relação aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* (DM), como minha UBS está em construção, não há dia específico para fazer as consultas; realizo as consultas à medida que vou aos diferentes interiores conjuntamente com as consultas de demandas espontâneas; que se realizam uma vez ao mês em cada interior. Para o preenchimento do CAP, a estimativa de usuários com HAS é de 195 (cobertura de 48%) e para DM foi 32 usuários (cobertura de 28%). Após conversar com a equipe, a mesma considerou que as estimativas não refletem a realidade. Todos os usuários recebem orientações sobre prática de atividade física regular, alimentação saudável e higiene bucal. Como limitações para o correto atendimento dos usuários, temos que recadastrar todos os usuários com HAS e DM; identificar e realizar visitas domiciliares (VD) aos usuários faltosos e capacitar os ACS para mensuração da pressão arterial durante as VD.

Em relação à ação programática envolvendo os Idosos, temos segundo o CAP, 214 idosos na área de abrangência da UBS. Como minha UBS está em construção, não tenho dia específico para fazer as consultas aos idosos. Realizo as consultas à medida que vou aos diferentes interiores conjuntamente com as consultas de demandas espontâneas; que se realizam uma vez ao mês em cada interior. Temos dificuldades de conhecer com precisão tanto o número de idosos quanto as ações realizadas, pois não temos registros específicos tampouco prontuários. Poucos indicadores de qualidade puderam ser estimados, como número de idosos com HAS (157, 73%) e com DM (27, 13%). Para termos o número mais preciso do número de idosos, é preciso cadastrar os usuários e realizar busca ativa aos usuários faltosos; como ponto positivo, realizamos conversas individuais para a oferta de orientações de hábitos saudáveis e as VD. Nas VD, avaliamos o ambiente em que o idoso vive e como é o relacionamento do mesmo com a família. Há necessidade também de envolvimento maior da equipe e da comunidade, para que os idosos e suas famílias se conscientizem da importância do correto acompanhamento pelo Programa da UBS.

Em relação à saúde bucal, considero que a capacidade instalada para prática clínica é insuficiente porque existe um excesso de demanda espontânea que precisa de atendimento odontológico mesmo que não seja superior ao número de consultas programadas. Na UBS não temos consulta de odontologia, a equipe odontológica integrada por cirurgião dentista e auxiliar realizam as consultas nas duas UBS que ficam na cidade. A capacidade instalada para ações coletivas também considero que é insuficiente. Não foi possível realizar o preenchimento do CAP, pois não existem registros de fichas odontológicas. A atenção à saúde bucal é um trabalho que precisa da participação integral da ESF, além do trabalho organizado e planejado.

Após avaliação minuciosa da UBS em termos de estrutura, processo e resultado, a maior dificuldade é não termos uma UBS estrutura e também a pouca frequência de atendimento aos interiores. Temos que fomentar a participação dos usuários também, em todas as ações programáticas; garantir acessibilidade dos serviços aos usuários com deficiências; oferecer um acolhimento com qualidade; garantir um atendimento humano com ética e sem prejuízos aos usuários.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ambos os textos têm semelhanças e diferenças. O primeiro foi feito nos primeiros meses após ter começado a trabalhar e não tinha muitos conhecimentos do seu funcionamento, suas características, os serviços e sobre a população na área de abrangência.

Com a elaboração do Relatório da Análise Situacional, consegui visualizar de forma mais clara os problemas encontrados na UBS e estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação dos diferentes indicadores de cobertura e qualidade na atenção a grupos priorizados, de risco e de maior vulnerabilidade como: crianças menores de 1 ano e até 5 anos, adolescentes, gestantes, idosos, mulheres com risco de câncer de Mama e do Útero e usuários com DM ou HAS. A Análise Situacional constitui uma ferramenta de trabalho importante e fundamental, pois me permitiu conhecer nossas fortalezas e nossas debilidades.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional considerável. Conforme Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento divulgados recentemente, o número de pessoas com mais de 60 anos no Brasil deverá crescer mais rápido do que a média internacional. Temos 12,5% de idosos e até 2050, o número deverá alcançar os 30% (Schmidt e colaboradores, 2011). Por este quadro, é esperado um incremento na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e isso implicará em necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (Schmidt e colaboradores, 2011). Assim, os profissionais de saúde devem olhar o idoso de forma mais integral e completa, para que o mesmo seja assistido com qualidade e resolutividade.

A Unidade de Saúde Brejão está em construção. Neste momento, atendemos em sete interiores, uma vez por mês e todos estão longe do município de Redenção de Gurguéia, Piauí. Em virtude deste aspecto, o trabalho não é organizado e faltam materiais de insumo para a realização dos exames. Além disso, temos dificuldades de registrar as ações, desfavorecendo assim o planejamento de ações em saúde. A equipe é formada por médica, enfermeira e sete agentes comunitários de saúde. Na área de abrangência, temos 1797 usuários.

Nossa área adstrita tem ao redor de 180 usuários idosos; deles só 60 eram atendidos em nossas consultas nos interiores, que também são os mesmos que procuram as consultas de demanda espontânea. Mesmo antes de começar com as ações propostas no projeto temos conseguido aderir quase 90 usuários que não assistiam a consulta, pois trabalham nas roças; outros porque moram longe do local de consultas e cuidam dos netos. A maioria está sem realizar exames clínicos,

laboratoriais, consultas Odontológicas periódicas pela mesma razão antes exposta. Durante as atividades em grupos; como nas consultas individuais temos feito palestras sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física, sobre higiene bucal.

Apesar das limitações, a equipe reconhece a importância de realizarmos o atendimento mais organizado e qualificado dos idosos. Como realizamos as consultas uma vez ao mês nos interiores, os profissionais ACS são os que mais participam das atividades. A população está interessada em ver o serviço mais organizado, com maior qualidade nas consultas e realização de exames. Também queremos usar o protocolo oficial do Ministério da Saúde para que todos os idosos sejam bem cuidados por todos da equipe. Além disso, é necessário desenvolver atividades coletivas que propiciem o engajamento público, para que os idosos e suas famílias se conscientizem da importância do correto acompanhamento para suas vidas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos idosos assistidos na UBS Brejão, do município de Redenção da Gurguéia, Piauí.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 30%.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

Meta 2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.5 Realizar em 100% dos idosos diabéticos o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Meta 2.8 Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.9 Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% as pessoas idosas.

Meta 2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% as pessoas idosas.

Meta 2.12 Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Meta 2.13 Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 3 Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Objetivo 5 Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física 100% das pessoas idosas.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **12** semanas na Unidade de Saúde da Família Brejão, no Município de Redenção da Gurguéia, Piauí. Participarão da intervenção indivíduos com 60 anos ou mais.

2.3.1 Detalhamento das ações**Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Pessoa Idosa.**

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 30%.

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a cobertura das pessoas idosas da área periodicamente (pelo menos, mensalmente).
- Detalhamento: Para isso, faremos um registro das pessoas idosas, colocando todos os dados nas fichas de registro (ficha espelho disponibilizada pelo curso – Anexo A). O monitoramento dessas fichas será realizado semanalmente, onde aproveitaremos o momento para transcrever os dados contidos nestes registros para uma Planilha de Coleta de Dados (PCD) (Anexo B). Os indicadores gerados pela planilha serão avaliados semanalmente pela médica e enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Acolher as pessoas idosas;
- Cadastrar todas as pessoas idosas da área da UBS;
- Atualizar as informações do SIAB/e-SUS.
- Detalhamento: Para melhor acolher a pessoa idosa, aumentaremos a disponibilidade de atendimentos por demanda espontânea no mesmo turno para os usuários desse grupo de risco; Para cadastrar os idosos, usaremos as fichas de registros (ficha espelho) oferecida pelo curso de Especialização em Saúde da Família de Pelotas, assim como a Planilha de Coleta de Dados (PCD), esse cadastramento será realizado durante a consulta clínica pela médica ou enfermeira e faremos atualização, se possível no SIAB/e-SUS.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Esclarecer a comunidade sobre a importância das pessoas idosas realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na UBS.
- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da unidade de saúde.
- Detalhamento: Tentaremos realizar palestras educacionais para a comunidade nas escolas e em cada interior onde fazemos consultas semanalmente, focando esses aspectos e estimulando a vinda dos usuários ao serviço de Atenção Primária à Saúde. Essas atividades serão de responsabilidade dos ACS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe no acolhimento às pessoas idosas;
- Capacitar os ACS na busca das pessoas idosas que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço;
- Capacitação da equipe da UBS para a Política Nacional de Humanização.
- Detalhamento: Vamos capacitar os ACS para o cadastramento de todos os usuários idosos de toda a área de abrangência da unidade de saúde e toda a equipe sobre o acolhimento. Utilizaremos os protocolos oficiais, cada semana um

profissional apresentará uma parte do protocolo para a equipe. Responsável a Médica.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS.

Meta: 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida das pessoas idosas da área da UBS, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos usuários idosos.
- Detalhamento: Para isso, semanalmente revisaremos as fichas espelho e prontuários desses usuários a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todas as pessoas idosas (balança, antropômetro, Tabela de *Snellen*),
- Definir atribuições de cada membro da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
- Detalhamento: para a primeira ação, explicaremos para o gestor a importância desses recursos para o acompanhamento adequado dos usuários idosos em nossa UBS e para a segunda ação, revisaremos em reunião semanal da unidade de saúde os protocolos do Ministério da Saúde e a distribuição que esse define das atividades profissionais.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- Detalhamento: Para executar essas ações, realizaremos reuniões coletivas, na UBS, nas escolas e nos grupos locais, orientando tais medidas. Serão

organizadas pela enfermeira semanalmente nas consultas no interior. As orientações também serão realizadas de forma individual nas consultas médicas e nos atendimento de enfermagem.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar os profissionais para o atendimento das pessoas idosas de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
- Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida;
- Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.
- Detalhamento: Realizaremos estes cursos de capacitação na UBS para toda a equipe utilizando os protocolos oficiais. Cada membro vai trazer uma contribuição do próprio protocolo, assim, todos aprenderemos e discutiremos juntos.
- **Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas idosas.

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.
- Detalhamento: Semanalmente revisaremos as fichas espelho desses usuários a fim de suprimir eventuais falhas. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos idosos, de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Garantir busca as pessoas idosas que não realizaram exame clínico apropriado.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
- Detalhamento: Revisaremos em reunião semanal da unidade de saúde os protocolos do Ministério da Saúde e a distribuição que esse define das atividades profissionais. Programaremos tais determinações na nossa rotina de

atendimento. Para a busca, todos os ACS farão a revisão semanalmente dos usuários faltosos. A agenda será organizada para acolher os usuários da busca e a responsável será a médica. Conversaremos com o gestor sobre a importância desta ação, para que os centros de especialidades nos outros municípios enviem a contra-referência impressa.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar a comunidade quanto as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas.
- Detalhamento: Orientaremos a comunidade sobre as doenças mais comuns entre os idosos durante as consultas individuais, atividades coletivas e VD. Serão realizadas pelo pessoal da Enfermagem e Médica.

Eixo Qualificação da Prática Clínica - ações

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado conforme protocolo.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos idosos e realizar atualizações dos profissionais, quanto ao exame clínico apropriado deste grupo populacional.
- Detalhamento: Semanalmente faremos revisões para obter novas atualizações e transmiti-las para o resto da equipe aproveitando as reuniões semanais bem como monitoraremos o registro. Serão realizadas pelo pessoal da Enfermagem e Médica.

Meta 2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número das pessoas idosas submetidas a rastreamento para HAS cadastradas no Programa Saúde do Idoso, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos idosos hipertensos.
- Detalhamento: Semanalmente revisaremos as fichas espelho desses usuários a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Detalhamento: Aumentaremos a disponibilidade de atendimentos por demanda espontânea para os usuários desse grupo de risco e faremos memorandos para a Secretaria de Saúde e para a Prefeitura solicitando a disponibilização desse material; reforçaremos tal pedido verbalmente.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.
- Detalhamento: faremos para toda a população reuniões e palestras nas escolas da comunidade e na UBS sobre estes temas. Responsáveis a Médica e o pessoal da Enfermagem.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Detalhamento: para isso faremos cursos de capacitação para todos os integrantes da equipe, utilizando os espaços das reuniões de equipe.

Meta 2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM). .

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número das pessoas idosas submetidas a rastreamento para DM cadastradas no Programa Saúde do Idoso, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos usuários idosos diabéticos.
- Detalhamento: revisaremos as fichas espelho desses indivíduos semanalmente a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de DM;
- Garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde;
- Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.
- Detalhamento: Realizaremos capacitação da equipe sobre o acolhimento; faremos memorandos para a Secretaria de Saúde e para a Prefeitura solicitando a disponibilização do material para realizar hemoglicoteste; reforçaremos tal pedido verbalmente. Responsáveis: médica e equipe de Enfermagem.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM nas pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de HAS.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Detalhamento: Faremos para toda a população reuniões e palestras nas escolas da comunidade e na UBS sobre estes temas. Responsável a Médica e Enfermagem.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em pessoas idosas com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.
- Detalhamento: Para isso faremos um curso de capacitação deste tema antes de iniciar a intervenção, e depois manteremos as atualizações destes temas mediante cursos de atualização quando for preciso. Responsável pessoal da Enfermagem.

Meta 2.5 Realizar exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para idosos com diabetes.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a realização de exame físico dos pés apropriado para pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa, conforme protocolo adotado e com periodicidade adequada dos idosos diabéticos.
- Detalhamento: Semanalmente revisaremos a ficha espelho desses idosos a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica e Enfermagem.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame físico dos pés das pessoas idosas com diabetes.
- Garantir busca a pessoas idosas com diabetes que não realizaram exame físico dos pés apropriado.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas idosas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.
- Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades

- Detalhamento: Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Revisaremos em reunião semanal da unidade de saúde os protocolos do Ministério da Saúde e a distribuição que esse define das atividades profissionais. Programaremos tais determinações na nossa rotina de atendimento. Aumentaremos a disponibilidade de atendimentos para os usuários que foram buscados em casa e faremos os encaminhamentos para os especialistas correspondentes para avaliar estes indivíduos de forma integral.

Eixo Engajamento Público:

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Detalhamento: Realizaremos palestras educacionais para a comunidade nas escolas da comunidade e na própria unidade de saúde, focando esses aspectos e estimulando a vinda dos usuários ao serviço. Responsáveis a Médica e equipe de Enfermagem.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame físico dos pés apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Detalhamento: Usaremos o horário da reunião semanal da equipe para realizar a capacitação e orientar como fazer o registro adequado e completo. Responsável a médica.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ações:

- Monitorar o número de pessoas idosas com exames laboratoriais solicitados e realizados conforme o protocolo adotado e com periodicidade adequada para as pessoas idosas.

- Detalhamento: Semanalmente revisaremos a fichas espelho dos idosos, a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço:

- Garantir a solicitação dos exames complementares;
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;
- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares realizados.
- Detalhamento: Reunirei as orientações do protocolo adotado para argumentar junto ao gestor a importância desses exames, explicando como isso melhora no planejamento e os gastos com a saúde em longo prazo. Para o estabelecimento de sistemas de alerta, buscaremos as referências do protocolo de limites de cada exame e indicações de conduta frente a alterações clínico-laboratoriais. Responsáveis: pessoal da Enfermagem.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade adequada.
- Detalhamento: Realizaremos palestras nas escolas das comunidades e na UBS orientando sobre este tema a todos os usuários. Responsáveis a Médica e a Enfermeira.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe para a solicitação de exames complementares conforme protocolo.
- Detalhamento: discutiremos nas reuniões de equipe os protocolos adotados e a importância de realiza-lo. Participação de todos os membros da equipe.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Detalhamento: Realizaremos semanalmente a revisão dos registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Detalhamento: será feita revisão semanal dos estoques pela enfermeira da unidade.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Detalhamento: para isso, cadastraremos as medicações usadas pelos nossos usuários e a necessidade mensal estimada das mesmas. Atuaremos junto à farmácia da localidade para garantir a disponibilidade dessas medicações, sua fácil obtenção, de acordo com os regulamentos da farmácia popular. Revisaremos junto à Secretaria de Saúde a disponibilidade constante de estoques das medicações da Farmácia Básica.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Detalhamento: Realizaremos reuniões coletivas, nas comunidades e na UBS orientando tais medidas. Responsável a Médica.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.
- Detalhamento: para isso, revisaremos todas as atualizações no tratamento dessas doenças a partir da contribuição de cada membro da equipe em reunião.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas de obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
- Detalhamento: para isso, uniformizaremos o discurso da equipe de saúde, buscando sempre lembrar o usuários sobre a disponibilidade de medicações através desses incentivos do governo. Responsáveis a Médica e pessoal da Enfermagem.

Meta 2.8. Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.
- Detalhamento: Todos os ACS semanalmente revisarão todos os registros desses pacientes a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Garantir o registro das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
- Detalhamento: Revisaremos semanalmente o registro dos ACS e conferiremos o do Programa do idoso, incluindo imediatamente alguma pessoa que tenha ficado de fora dos registros. Responsável a Médica.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Pessoa Idosa da Unidade de Saúde.
- Detalhamento: Faremos reuniões na comunidade e na UBS para informar sobre este programa aos idosos. Responsável a Médica.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Treinar os ACS para o cadastramento das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.
- Detalhamento: Reforçaremos em reunião de equipe a importância dessa ação.

Metas 2.9. Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar realização de visita domiciliar para pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.
- Detalhamento: Os ACS revisarão semanalmente todos os registros desses usuários a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.
- Detalhamento: Acrescentar o número de visitas domiciliares pela equipe priorizando as visitas para estas pessoas.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para as pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

- Detalhamento: Realizaremos reuniões nas comunidades para dar orientações sobre o tema. Responsáveis todos os ACS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção e para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
- Detalhamento: Faremos reforço destas orientações para os ACS nas reuniões semanais da equipe. Responsável a Médica.

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de pessoas idosas.
- Detalhamento: Revisaremos semanalmente os registros desses usuários. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Organização e Gestão do serviço – ações:

- Organizar o acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.
- Cadastrar as pessoas idosas na unidade de saúde. Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde.
- Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas na unidade de saúde.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.
- Detalhamento: Como não temos dentista na UBS, realizaremos a investigação da necessidade de tratamento odontológico, e conversaremos com o dentista da unidade vizinha que faz atendimento da nossa área para acrescentar o número de consultas nos dois turnos de atendimentos para as pessoas idosos da nossa área.

Eixo Engajamento Público – ação:

Orientar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de pessoas idosas.

Detalhamento: Informaremos mediante palestras na comunidade (interiores) e UBS (sala de espera) sobre este tema. Responsável um membro da equipe capacitado.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas.
- Detalhamento: Realizar cursos de capacitação para a equipe para realizar avaliação e investigação da necessidade de tratamento odontológico em pessoas idosas conforme protocolo.

Meta 2.11. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade em acompanhamento odontológico no período.
- Detalhamento: Os ACS em conjunto com a Médica e a Enfermeira revisarão semanalmente os registros dos idosos. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Organizar o acolhimento a pessoas idosas na unidade de saúde.
- Monitorar a utilização de serviço odontológico por pessoas idosas da área de abrangência.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das pessoas idosas.

- Oferecer atendimento prioritário às pessoas idosas.
- Detalhamento: Para realizar essas ações faremos reunião com o dentista da unidade vizinha, que faz o atendimento da nossa área, para acrescentar o número de consultas no mesmo turno de atendimento para os idosos da nossa área de abrangência. Responsável a Médica.

Eixo Engajamento Público:

- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de pessoas idosas e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de pessoas idosas para acompanhamento odontológico.
- Detalhamento: Para isso, faremos reuniões nas comunidades para acrescentar os conhecimentos sobre este tema e estimular os usuários para procurar espontaneamente atenção odontológica, já que não temos esse serviço na UBS, e mobilizar a comunidade para demandar ao gestor a garantia da consulta odontológica das pessoas idosas da nossa área de abrangência, para isso enviaremos um documento lembrando a importância das ações de saúde bucal na melhoria da atenção às pessoas da nossa UBS. Responsável a Médica

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe para o acolhimento do idoso de acordo com protocolo, realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de pessoas idosas para o serviço odontológico.
- Capacitar os ACS para captação de pessoas idosas.
- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para pessoas idosas.
- Detalhamento: Para isso, convidaremos o dentista para participar da nossa reunião de equipe, e conhecer o protocolo utilizado, a ficha espelho e a importância dessa ação programática. Responsável a Médica. As demais ações serão conversadas durante a capacitação.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com avaliação de alterações de mucosa bucal.
- Detalhamento: Os ACS revisarão semanalmente os registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar pessoas idosas da área não avaliadas e disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.
- Detalhamento: Solicitaremos impressões de materiais educativos para a Secretaria da Saúde, onde existe disponibilidade de impressoras, para levar às comunidades.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Esclarecer população sobre fatores de risco e a importância do auto-exame da boca.
- Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde durante a consulta.
- Detalhamento: Realizaremos essas orientações durante a consulta médica, atendimento de enfermagem e também através de palestras na sala de espera.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.

- Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade / alta prevalência.
- Detalhamento: Realizaremos capacitação para os profissionais da UBS, de modo que eles possam se sentir seguros em encaminhar as pessoas idosas para o dentista. Convidaremos o dentista da UBS vizinha; uma vez ao mês.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação - ação

- Monitorar número de pessoas idosas cadastradas na Unidade com necessidade de prótese dentária.
- Detalhamento: Os ACS revisarão semanalmente os registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses.
- Solicitar materiais e equipamentos para a confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.
- Detalhamento: Iremos falar com o gestor para garantir a consulta odontológica das pessoas idosas da nossa área de abrangência, para isso enviaremos um documento lembrando a importância das ações de saúde bucal na melhoria da atenção às pessoas da nossa UBS. Como estamos com UBS em construção, os equipamentos deverão ser solicitados, quando possível.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.
- Detalhamento: mediante palestras nas comunidades e na UBS pela nossa equipe. Responsável todos os Agentes.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

Capacitar a equipe para orientar idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.

Detalhamento: conversaremos com a equipe durante a capacitação.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento as pessoas idosas adotadas pela unidade de saúde.
- Detalhamento: Os ACS revisarão os registros semanalmente e os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Detalhamento: Teremos uma lista de visitas priorizando o atendimento aos usuários faltosos e aos usuários com casos mais graves.
- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares. Detalhamento: Reservaremos horários de atendimento especiais para os indivíduos faltosos, facilitando e estimulando a vinda à unidade de saúde. Responsáveis a Médica e pessoal da Enfermagem.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Informar à comunidade sobre a importância das consultas periódicas. Detalhamento: Daremos orientações em sala de espera, sobre a importância das consultas eletivas (programadas), e não apenas por queixas agudas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas idosas (se houver número excessivo de faltosos). Detalhamento: Quando buscarmos os faltosos, questionaremos o motivo do não comparecimento à unidade de saúde.
- Esclarecer as pessoas idosas e à comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Detalhamento: Realizaremos tais informações em todas as consultas e distribuiremos cartazes informativos pela comunidade. Responsável a Equipe.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Treinar os ACS para a orientação das pessoas idosas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e definir com a equipe a periodicidade das consultas. Detalhamento: Reforçaremos em reunião de equipe a importância dessa reorientação feita pelos ACS. Responsável a Médica e Enfermagem.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação - ação

- Monitorar a qualidade dos registros das pessoas idosas acompanhadas na unidade de saúde. Detalhamento: Os ACS realizarão a revisão semanal dos registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ações:

- Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas. Detalhamento: solicitaremos ao gestor um computador para a unidade de saúde que permita isso e também acesso à internet.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Detalhamento: faremos uso da planilha elaborada pelo curso de especialização para realizar tal registro. Solicitaremos em reunião de equipe que todos os profissionais façam registros completos e adequados, explicando que isso melhora o atendimento do usuário e ainda facilita o atendimento pelos diferentes profissionais da saúde.
- Pactuar com a equipe o registro das informações. Detalhamento: em reunião de equipe, definiremos tal ação.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Detalhamento: em reunião de equipe escolheremos dois responsáveis por tal monitoramento.
- Organizar um sistema de registro que viabilize a fácil percepção de situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Detalhamento: usaremos a forma de registro já desenvolvida previamente pelo UNASUS e, se necessário, melhoraremos a mesma.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar a comunidade de pessoas idosas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário. Detalhamento: Realizaremos essas orientações durante os atendimentos da equipe semanalmente. Responsável a Médica.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do atendimento às pessoas idosa. Detalhamento: Mostraremos, durante a reunião de equipe, a ficha-espelho que será utilizada; revisaremos cada item com todos os profissionais; discutiremos sua importância e a sua forma de preenchimento adequada. Responsável a Médica.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação - ação:

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Detalhamento: Durante o atendimento realizaremos a revisão da caderneta, e completaremos os campos de preenchimento, de forma que a pessoa tenha o registro de seu peso, pressão arterial, glicemia, medicações e outras observações necessárias. Registraremos na ficha espelho os idosos que possuem a caderneta. Responsáveis a equipe (Médica, Enfermeira e cada um dos ACS de cada interior)

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Detalhamento: Faremos um memorando para a Secretaria de Saúde e para a Prefeitura solicitando a disponibilização desse material; reforçaremos tal pedido verbalmente. Responsável a Médica.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Detalhamento: informaremos isso aos usuários durante os atendimentos médico e de enfermagem.

Eixo Qualificação da Prática Clínica - ação:

- Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Detalhamento: Durante a reunião de equipe apresentaremos a caderneta e revisaremos cada item com todos os profissionais; discutiremos sua importância e a sua forma de preenchimento adequada. Responsáveis a Médica e Enfermagem.

Objetivo 5. Mapear o risco das pessoas idosas.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número de pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. Detalhamento: Revisaremos as fichas/prontuários semanalmente. Responsáveis a Médica e Enfermagem.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Priorizar o atendimento a pessoas idosas de maior risco de morbimortalidade. Detalhamento: Incrementar o número de consultas para estes pacientes nos turnos de atendimento tanto na consulta médica, como de enfermagem.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Detalhamento: Esta ação será feita durante o atendimento as pessoas idosas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Detalhamento: Ensinaresmos em reunião com a equipe como fazer a identificação e onde registrar o resultado na ficha espelho de cada pessoa idosa.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar o número de pessoas idosas investigadas para indicadores de fragilização na velhice. Detalhamento: Revisar as fichas espelho/ prontuários semanalmente. Os dados contidos na ficha espelho serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a Médica.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Priorizar o atendimento de pessoas idosas fragilizadas na velhice. Detalhamento: Incrementar o número de consultas para estes usuários nos turnos de atendimento. Feito tanto pela Enfermagem como pela Médica.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas fragilizadas e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Detalhamento: Tratar este tema em reuniões nas comunidades e durante o mesmo atendimento a estes usuários.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice. Detalhamento: Ensinaresmos em reunião com a equipe como fazer a identificação e onde registrar o resultado na ficha espelho de cada pessoa idosa.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ações:

- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todas as pessoas idosas acompanhados na UBS e Monitorar todas as pessoas idosas com rede social deficiente. Detalhamento: Revisar as fichas/prontuários semanalmente. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsáveis a equipe geral.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a pessoas idosas com rede social deficiente. Detalhamento: Incrementar e priorizar as visitas domiciliares a estes usuários nas visitas que agendamos semanalmente. Responsável a equipe.

Eixo Engajamento Público – ações:

- Orientar as pessoas idosas e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde e Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio. Detalhamento: Ofertaremos informações sobre estes temas em reuniões nas comunidades, em escolas, e dinamizaremos esta ação para estimular a comunidade à socialização destas pessoas. Responsável a equipe.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe para avaliar a rede social das pessoas idosas. Detalhamento: ensinaremos em reunião com a equipe como fazer a identificação e onde registrar o resultado na ficha espelho de cada pessoa idosa. Responsável a Médica.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Monitoramento e Avaliação – ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todas as pessoas idosas e monitorar o número de pessoas idosas com obesidade / desnutrição. Detalhamento: Revisaremos semanalmente os registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a equipe.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Detalhamento: Em reunião com a equipe designaremos o papel que corresponde a cada membro e um responsável para esta ação.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Detalhamento: Ofereceremos todas estas informações nas comunidades mediante palestras nas escolas sobre este tema e durante o atendimento individual a cada indivíduo e seu cuidador, no caso que tenha, seja no domicílio ou na UBS.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ações:

- Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de pessoas idosos hipertensos e/ou diabéticos. Detalhamento: Traremos materiais multidisciplinares para as reuniões de equipe e discutiremos com todos os profissionais, semanalmente nas nossas reuniões, essas práticas. Responsável a Médica.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% das pessoas idosas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ações:

- Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todas as pessoas idosas e o número de pessoas idosas que realizam atividade física regular. Detalhamento: Revisaremos semanalmente os registros. Os dados contidos nestes registros serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados e avaliados mensalmente. Responsável a equipe.

Organização e Gestão do serviço – ações:

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física. Detalhamento: Solicitaremos que a secretaria da saúde promova ações coletivas nesse sentido, como uma caminhada coletiva semanal, para motivar a população e solicitaremos profissionais de educação física e explicaremos a importância desse profissional no sucesso do tratamento deste grupo populacional.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas e a comunidade para a realização de atividade física regular. Detalhamento: Ofereceremos todas essas orientações nas comunidades, durante os atendimentos individuais realizados na unidade de

saúde e faremos cartazes para colocar na cidade lembrando as mesmas orientações.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

- Capacitar a equipe para orientar as pessoas idosas sobre a realização de atividade física regular. Detalhamento: Traremos materiais multidisciplinares para as reuniões de equipe e discutiremos com todos os profissionais, semanalmente nas nossas reuniões, essas práticas.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Detalhamento das Ações

Eixo Monitoramento e Avaliação – ação:

- Monitorar as atividades educativas individuais. Detalhamento: Realizaremos o monitoramento através da revisão semanal das fichas espelho. Os dados contidos nas fichas serão transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados, e seus resultados avaliados mensalmente. Responsável a equipe.

Eixo Organização e Gestão do serviço – ação:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Detalhamento: Não aumentaremos o número de atendimentos por turno para não diminuir o tempo das consultas e cuidaremos para que o período destinado a cada consulta seja efetivamente usado pelos profissionais.

Eixo Engajamento Público – ação:

- Orientar as pessoas idosas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Detalhamento: As orientações serão repassadas durante as consultas individuais. Pretendemos também, mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia da disponibilidade de atendimento odontológico. Lembraremos rotineiramente a comunidade sobre a importância de eles exigirem seus direitos junto aos gestores, e não apenas aguardarem respostas às solicitações feitas pela equipe de saúde.

Eixo Qualificação da Prática Clínica – ação:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias. Detalhamento: Durante as reuniões semanais de equipe, apresentaremos materiais multidisciplinares e discutiremos essas práticas com todos os profissionais, já que essas orientações não dependem de um dentista, e pode ser abordadas por qualquer profissional de saúde. Responsável Médica ou pessoal da Enfermagem.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa Saúde do Idoso

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 30%

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa na UBS

Numerador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número total de pessoas idosas residentes na área da UBS.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS.

Indicador 2.1 Proporção de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

Indicador 2.2 Proporção de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.3 Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas idosas rastreadas para Hipertensão Arterial Sistêmica

Numerador: Número de pessoas idosas com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.4 Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.4 Proporção de pessoas idosas rastreadas para diabetes

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas para diabetes mellitus

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.5 Realizar em 100% dos idosos diabéticos o exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses.

Indicador 2.5 Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.6 Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador 2.6 Proporção de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Indicador 2.7 Proporção de pessoas idosas com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

Denominador: Número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.8 Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.8 Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

Meta 2.9 Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.9 Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

Numerador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa Saúde.

Meta 2.10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% as pessoas idosas.

Indicador 2.10 Proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.11 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% as pessoas idosas.

Indicador 2.11 Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática

Numerador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.12. Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.12. Proporção de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa bucal.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 2.13. Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 2.13. Proporção de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 3 Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa

Numerador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS.

Denominador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1 Proporção de pessoas idosas com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 4.2 Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Numerador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 5 Mapear o risco das pessoas idosas

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Numerador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2 Proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada.

Numerador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.3 Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia

Numerador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas idosas

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação para prática regular de atividade física

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador 6.3 Proporção de pessoas idosas que receberam orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de pessoas idosas com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Saúde das Pessoas Idosas vamos adotar o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Brasília-DF 2006 (BRASIL, 2006). Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso sobre Saúde do Idoso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, nós vamos elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção mais de 150 pessoas idosas.

Faremos contato com o Gestor Municipal para dispor das 150 fichas espelho necessária e para imprimir as 150 complementares que serão anexadas às fichas espelho (inicialmente). Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. Também faremos contato com o Gestor para impressão da versão atualizada do protocolo na Secretária da Saúde; disponibilização dos recursos como (balanças, antropômetro, tabela de *Snellen*, esfigmomanômetro,

manguitos, aparelho de glicemia). Também a disponibilização do transporte mensal para realizar as atividades de grupo.

Para organizar o registro específico do programa, à medida que as pessoas idosas venham a consulta tanto de demanda espontânea, como atendimento de usuários com HAS e DM, serão preenchidas a ficha espelho em uso na intervenção. A ficha espelho será completada pelo pessoal da enfermagem ou médica com base no registro existente na caderneta de idoso, durante a consulta clínica. Para melhor acolhimento as pessoas idosas aumentaremos a disponibilidade de atendimento no mesmo turno. Atenderemos os idosos com o objetivo de resolutividade.

A Análise Situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. A partir da definição do foco começamos a realizar reuniões semanais para conversar sobre o caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa que será utilizado durante a intervenção. Estas reuniões de capacitação estão ocorrendo semanalmente na própria UBS, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe está estudando uma parte do caderno e expondo o conteúdo aos outros membros da equipe. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas ao projeto.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com os representantes das comunidades das igrejas de cada interior da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do atendimento da pessoa idosa. Solicitaremos apoio da comunidade sobre a necessidade de priorizar o atendimento deste grupo populacional.

Para monitoramento da ação programática. Semanalmente eu examinarei as fichas – espelho das pessoas idosas identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais, consultas odontológicas em atraso e não estejam cumprindo tratamento. Os ACS farão busca ativa de todos esses usuários em atraso. Ao fazer a busca já agendará os usuários para um horário de sua conveniência.

Para garantir as referências e contra referência dos usuários com alterações neurológicas ou circulatórias dos pés; conversaremos com o gestor sobre a importância desta ação para que os centros de especialidades nos outros municípios enviem a contra referência impressa.

2.3.4 Cronograma



Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais da Saúde da UBS sobre o caderno de Saúde das Pessoas Idosas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x
Estabelecimento do papel de cada Profissional na ação programática.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x
Cadastramento dos idosos da área de adstrita no programa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programático saúde dos idosos.			x				x				x	
Atendimento Clínico das pessoas idosas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x
Atendimento Odontológico.			x			x			x			x
Grupos de idosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x
Capacitação dos ACS para a realização de busca ativa de idosos faltosos.	x				x				x			
Busca ativa dos idosos faltosos as consulta.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x
Monitoramento da intervenção.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x



3 Relatório da Intervenção

Já finalizada a nossa intervenção, que durou doze semanas, podemos revisar as ações, com a finalidade de avaliar os acertos, as metas atingidas, as dificuldades encontradas e as possíveis mudanças pelas intercorrências.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Iniciamos as atividades organizando o serviço de forma a deixá-lo em condições para realizar a intervenção. Para isso imprimimos um número superior de fichas (no projeto, eram 150 fichas) e foram 180 fichas-espelho para o cadastramento e o registro dos atendimentos dos usuários da intervenção. Também imprimimos o Caderno de Atenção Básica número 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de 2006, para estudo e consulta de todos os profissionais da unidade. Todas as impressões foram feitas na Secretaria de Saúde do município.

Definimos as atribuições de cada um dos profissionais atuantes na unidade, usando como base as orientações fornecidas no Caderno de Atenção Básica. Definimos um horário fixo para as reuniões de equipe com uma frequência semanal, permitindo assim uma troca de experiências e dúvidas. Conseguimos junto ao gestor de saúde do município todos os materiais para a avaliação multidimensional rápida, assim como as cadernetas de saúde das pessoas idosas que existiram, mas em quantidade insuficiente.

A capacitação de todos os profissionais da saúde atuantes na unidade foi muito importante e proveitosa, pois a equipe sempre mostrou interesse em se qualificar, dessa forma, o estímulo ao aprendizado foi muito bem aceito. Realizamos tal capacitação através da leitura individual em casa dos Cadernos de Atenção Básica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Após a leitura por todos, realizamos um conversas onde cada um expôs ao grande grupo uma parte desses manuais, dividindo e trocando conhecimentos. Nessa mesma ocasião também revisamos atividades

corriqueiras do atendimento, como todos os aspectos para a avaliação multidimensional rápida e o exame físico completo feito pela médica na primeira consulta (aferição de pressão arterial, garantindo a execução com técnica adequada, assim como peso altura, índice de massa corporal - IMC, circunferência abdominal, avaliação da saúde bucal, palpação da tireoide, ausculta pulmonar e cardíaca, palpação do abdômen, pele e pés), incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos diabéticos.

Os itens peso, altura, IMC, pressão arterial e circunferência abdominal foram feitos também pelo pessoal da Enfermagem e ACS, profissionais que também foram capacitados quanto ao preenchimento das fichas-espelho. Aqui já posso dizer que foi uma atividade positiva, pois todos preencheram as fichas.

O contato com as lideranças comunitárias gerou muitos frutos. Conseguimos a divulgação da nossa intervenção, nas igrejas e nos mercados e até nas escolas com as crianças que moraram com os avôs. Com a mobilização dessas pessoas conseguimos algumas escolas onde foi reunido um número grande de pessoas das comunidades e conseguimos a realização de palestras com orientações envolvendo alimentação saudável, atividade física e saúde bucal para os usuários e outros interessados, movimentando a todos com essa vontade de melhorar.

Em relação aos medicamentos; no início contávamos só com a farmácia numa das UBS da cidade; logo uma da farmácia particulares da cidade fez convênio com o Ministério de Saúde e ajudou a fornecer os medicamentos em falta na nossa farmácia da UBS.

Nossos grupos de idosos foram um sucesso de público, permitindo a orientação em grande grupo e reforçando práticas saudáveis fundamentais. Também permitiram a captação de mais usuários desse grupo de risco que, por vezes, não tem o hábito de frequentar a unidade de saúde.

Quanto à realização de exames complementares, tivemos dificuldades, pois em nosso município não temos laboratório; no início se realizavam cada quinze dias por parte do convênio que tem a prefeitura com uma clínica particular; e logo no transcurso da intervenção por irregularidade na prefeitura os usuários tiveram que ir para outro município e isso dificultou e muito a realização do exame. A maioria das vezes o resultado demora muito, além disso, a maior parte dos nossos usuários moram nos interiores distantes das cidades e têm baixo nível econômico.

Em relação à saúde bucal, como não tínhamos dentista na equipe, tivemos que realizar a maioria das ações de saúde bucal, como avaliação da necessidade odontológica, orientação de higiene bucal, entre outras. Para que os usuários fossem assistidos, tivemos que contar com auxílio da dentista de outra equipe. Pensamos que é fundamental que haja dentista também para a área de abrangência nossa, assim, eles poderão receber atenção integral.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

O registro dos dados da intervenção e o monitoramento semanal dos mesmos ficaram aos meus cuidados e não encontrei maiores dificuldades. Inicialmente, houve algumas pequenas falhas no preenchimento da planilha de coleta de dados, mas as mesmas foram facilmente solucionadas.

O preenchimento da ficha-espelho de cada usuário já virou uma rotina para mim e para colega da Enfermagem, um hábito adquirido que não vou mais abandonar na unidade. Seguimos realizando os novos cadastramentos, e completando os dados novos do atendimento de cada usuário.

O monitoramento semanal desses registros, que, por um momento, pensei que seria uma atividade exaustiva, mostrou-se muito mais tranquilo e factível do que o imaginado. Essa medida nos proporciona um controle rigoroso do acompanhamento clínico de todos, racionalizando os atendimentos oferecidos pela equipe.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O cadastramento dos usuários da população alvo, o atendimento clínico, a busca ativa aos usuários faltosos, a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular, as orientações de alimentação saudável e atividade física regular, o registro dos atendimentos tanto no prontuário, quanto nas fichas-espelho e o

monitoramento semanal da planilha de coleta de dados são todas ações já incorporadas à rotina do serviço.

O preenchimento por todos das fichas-espelho também se estabeleceu como uma rotina, principalmente nas consultas após a primeira feita por mim. Acredito que o saldo da nossa intervenção foi extremamente positivo e fico feliz de ver que nossa meta de cobertura proposta foi atingida, com um excelente cumprimento de quase todos os indicadores de qualidade.

O nosso trabalho foi reconhecido pela Secretaria de Saúde e ela fez a proposta de fazer algo similar com os outros grupos de risco como hipertensos, diabéticos, crianças e grávidas, pois assim o trabalho fica mais bem organizado, damos atenção à saúde dos usuários com qualidade e o grau de satisfação da população aumenta bastante.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população da área de abrangência é de 1,797 habitantes. Conforme estimativas da Planilha de Coleta de Dados, com base no Vigitel (2011), temos 180 idosos e 14 acamados.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa Saúde do Idoso.

Meta: Ampliar a cobertura de atenção à saúde da pessoa idosa da área da UBS para 30%

Indicador: Número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa entre o número total de pessoas idosas residentes na área da UBS.

No Mês 1, atendemos 150 usuários (84,3%), no mês 2 – 151 (84,5%) e finalmente, no mês 3, foram assistidos 178 idosos (98,3%). Antes de começar a intervenção só 60 idosos eram atendidos em nossas consultas, por isso, a meta escolhida foi de 30%, entretanto, durante a intervenção, tivemos o reforço do cadastramento de toda a área adstrita e conseguimos levar os idosos até a UBS. Juntamente, as visitas domiciliares se mostraram muito positivas e foram bem aceitas pelos idosos e suas famílias. O apoio dos ACS também foi fundamental para aumentar cobertura do Programa de Idosos (Figura 1).

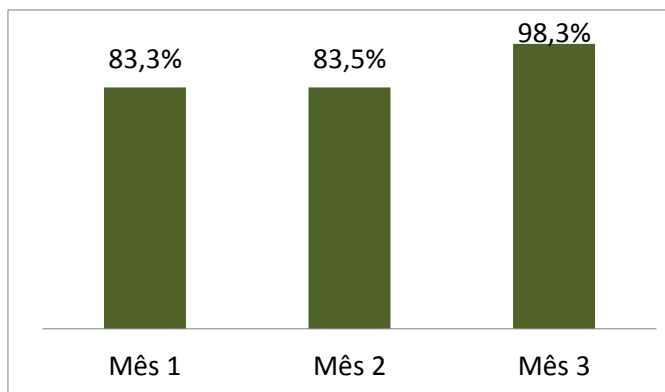


Figura 1 – Cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idoso.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à pessoa idosa na UBS

Meta: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% das pessoas idosas da área da UBS

Indicador: Número de pessoas idosas com Avaliação Multidimensional Rápida em dia entre o número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da Avaliação Multidimensional Rápida foi realizada em todos os idosos. Mês 1 (150 – 100%), Mês 2 (151 – 100%) e Mês 3 (177 – 100%). Durante a intervenção tivemos o apoio dos eventos realizados pela prefeitura onde os diferentes médicos que participaram; contribuíram com os cadastros na ficha espelho e exame dos idosos.

Meta: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos idosos.

Indicador: Número de pessoas idosas com exame clínico apropriado em dia entre o número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Atingimos a meta de 100% nos três meses de intervenção, o exame clínico apropriado foi realizado em todos os idosos durante as consultas nas UBS, nos locais e nas visitas domiciliares. Mês 1 (150 – 100%), Mês 2 (151– 100%) e Mês 3 (177 – 100%). Várias ações contribuíram para o sucesso desse indicador, a conscientização dos profissionais quanto à importância do exame clínico adequado, a condição de que o cadastramento da pessoa idosa seria realizada mediante exame clínico, a capacitação dos profissionais e a organização da agenda com o tempo suficiente para a realização do exame apropriado.

Meta: Rastrear 100% das pessoas idosas para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador: Número de pessoas idosas com medida da pressão arterial na última consulta entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Nesse caso também atingimos a meta proposta de 100% nos três meses de intervenção, pois o processo de trabalho estava organizado e realizávamos o rastreamento para as doenças crônicas juntamente com o exame clínico e cadastramento. Voltamos a destacar a capacitação dos profissionais da equipe sobre os protocolos de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e a organização do serviço como facilitadores no cumprimento dessa meta. Além dos eventos realizados pela prefeitura que ajudaram muito no rastreamento.

Meta: Rastrear 100% das pessoas idosas para Diabetes *mellitus* (DM).

Indicador: Número de pessoas idosas rastreadas para diabetes entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Nesse caso também atingimos a meta proposta de 100% nos três meses de intervenção, pois o processo de trabalho estava organizado e realizávamos o rastreamento para as doenças crônicas juntamente com o exame clínico e cadastramento. Voltamos a destacar a capacitação dos profissionais da equipe sobre os protocolos de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e a organização do serviço como facilitadores no cumprimento dessa meta.

Meta: Realizar em 100% dos idosos diabéticos o exame físico dos pés a cada 3 meses.

Indicador: Número de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia entre o número total de pessoas idosas com diabetes cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso das pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia. Nossa área tem um total de 21 idosos com Diabetes, no primeiro mês foram examinados 12 idosos (60%); no mês 2 foram 20 (100%) e no último mês foram 21 (100%) (Figura 2). Durante a intervenção foram diagnosticadas algumas pessoas idosas com diabetes que apresentavam alguns sintomas, mas não tinham comparecido à consulta. As ações que facilitaram o sucesso desse indicador foram as

capacitações, e a organização do serviço, o que permitiu um tempo adequado da consulta, para a realização de todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

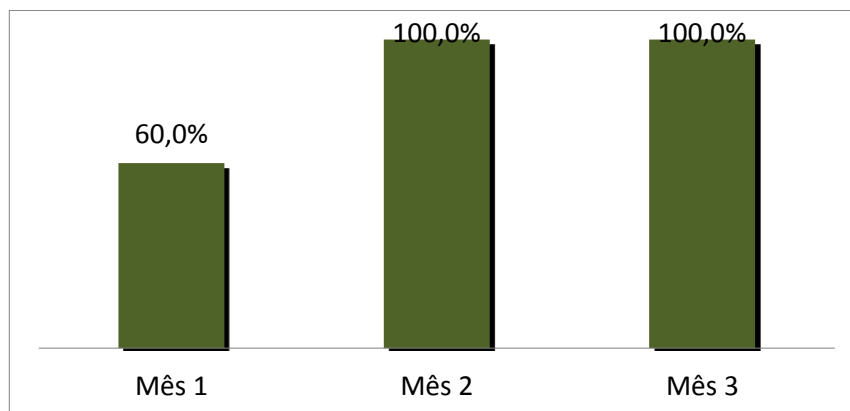


Figura 2- Proporção de pessoas idosas com diabetes com exame apropriado dos pés em dia.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Meta: Solicitar exames complementares periódicos para 100% das pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com solicitação de exames complementares periódicos em dia entre o número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Todos os usuários tiveram solicitação de exames complementares. Mês 1 – 150 (100%), Mês 2 151 (100%) e Mês 3 177 (100%). Não tivemos dificuldades em atingir a meta, pois a solicitação de exames complementares está de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde e faz parte da nossa rotina de atendimento. Revisávamos o prontuário, ficha espelho e durante a consulta na UBS, ou na visita domiciliar, verificávamos junto ao usuário as datas dos últimos exames complementares realizados, e assim, fomos fazendo as solicitações conforme a periodicidade.

Meta: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% das pessoas idosas

Indicador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular entre o número total de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com prescrição da Farmácia Popular, todos os idosos de nossa área que foram atendidos e que precisaram de tratamentos obtiveram a prescrição dos medicamentos (100% em todos os meses). Durante a intervenção uma das farmácias particulares da cidade fez convênio com o SUS e melhorou a prescrição dos medicamentos.

Meta: Cadastrar 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados entre o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados.

No caso da proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados. Conforme estimativa, temos 14 acamados na área. Durante a intervenção, cadastramos 9 no mês 1 e 2 e 10 no mês 3 (100% em todos os meses). A ação que mais auxiliou foi o acompanhamento por parte dos ACS.

Meta: Realizar visita domiciliar a 100% das pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção.

Indicador: Número de pessoas idosas acamadas ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar entre o número de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa Saúde.

No caso da proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Mês 1 (5 de 9 com visita domiciliar – 55,6%), no Mês 2 (9 – 100%) e no Mês 3, todos os 10 visitados (100%) (Figura 3). A ação que mais auxiliou foi o acompanhamento por parte dos ACS; pois planejaram as visitas de forma que os familiares estivessem em casa na hora da visita da equipe.

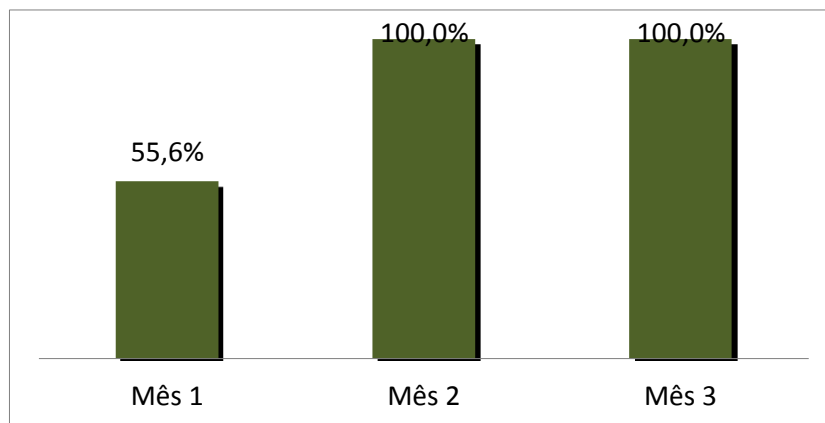


Figura 3- Proporção de pessoas idosas acamadas ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Meta: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% as pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, também foi realizada a todos os idosos em consultas e nas visitas domiciliares; com 100% em todos os meses. A capacitação foi fundamental para que a avaliação fosse realizada, assim, qualquer profissional de saúde tem condições de realizar, pelo menos, uma avaliação de saúde bucal.

Meta: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% as pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas com primeira consulta odontológica programática. Dos 151 idosos que foram avaliadas nos 2 primeiros meses; só 61 idosos fizeram a primeira consulta programática (40,7%) e no terceiro mês (61 – 34,5%) (Figura 4). Isso se deve a que em nossa UBS que se encontra em construção não temos atendimento odontológico e alguns dos usuários que consultaram foi porque assistiram à consulta nas UBS que fica na Cidade.

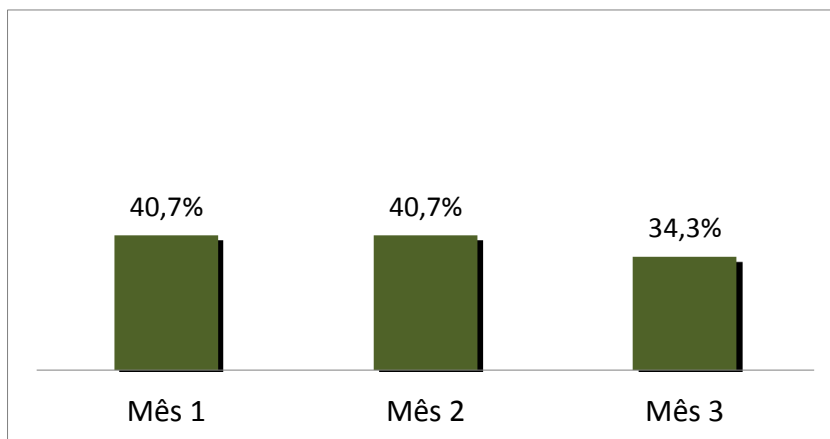


Figura 4 – Proporção de pessoas idosas com primeira consulta odontológica programática.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta: Avaliar alterações de mucosa bucal em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação de alterações de mucosa entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Neste caso como para realizar a avaliação de alterações de mucosa bucal não era preciso ser feito por dentista, assim tanto enfermeiro quanto a médica realizaram a avaliação da mucosa bucal em todos os usuários. No mês 1, foram 150 (100%), no mês 2 (151 – 100%) e no mês 3 (177 – 100%).

Meta: Avaliar necessidade de prótese dentária em 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação de necessidade de prótese dentária entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Realizamos avaliação em todos os usuários participantes da intervenção (177 – 100%). A médica e enfermeiro realizaram a avaliação, em virtude da ausência de dentista na equipe. A capacitação e a força de vontade dos profissionais auxiliaram no alcance da meta e principalmente, na oferta completa de atenção à saúde bucal.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas idosas ao Programa de Saúde

Meta: Buscar 100% das pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

Indicador: Número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas e buscadas pela UBS entre o número de pessoas idosas faltosas às consultas programadas.

No caso da proporção de pessoas idosas faltosas às consultas que receberam busca ativa. Durante a intervenção sempre que os usuários não conseguiram ir até a consulta; foram visitados por ACS, os quais agendaram as consultas. Mês 1 (23 faltosos – 100%), Mês 2 (10 faltosos – 100%) e Mês 3 (12 faltosos – 100%). A ação que mais auxiliou na busca ativa das pessoas idosas faltosas foi a capacitação dos ACS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com registro nas fichas de acompanhamento/espelho em dia, também foi realizada a todos os idosos em consultas e nas visitas domiciliares.

Meta: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% das pessoas idosas cadastradas.

Indicador: Número de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, também foi entregue a todos os idosos em consultas e nas visitas domiciliares. No início da intervenção, só os idosos que sofriam das doenças crônicas tinham caderneta. A medida que fomos consultando também fomos entregando as caderneta. Mês 1 – 150 (100%), Mês 2 – 151 (100%) e Mês 3 (177 – 100%).

Objetivo 5: Mapear o risco das pessoas idosas

Meta: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador: Número de pessoas idosas rastreadas quanto ao risco de morbimortalidade entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com avaliação de risco para morbimortalidade em dia, também foi realizada a todos os idosos em consultas e nas visitas domiciliares, alcançando-se 100% em todos os meses (150, 151 e 177).

Meta: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas investigadas quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas idosas com avaliação para fragilização na velhice atualizada. Conseguimos realizar a ação para todos os usuários idosos, atingindo 100% em todos os meses. Procuramos toda a equipe seguir à risca o Protocolo oficial para que os usuários tivessem uma atenção e assistência qualificadas.

Meta: Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas.

Indicador: Número de pessoas idosas com avaliação de rede social entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

No caso da proporção de pessoas com avaliação de rede social em dia. As 151 primeiras pessoas idosas que foram avaliadas nos 2 primeiros meses; só 61 idosos tiveram avaliação de rede social (40,7%) e no terceiro mês, tivemos 61 avaliadas (34,5%) (Figura 5). Isso se deve a que em nossa UBS não tem agente social; nesse caso só temos na prefeitura que é para todo o município. E os que tiveram avaliação foram os casos de idosos mais críticos; como idosos que moram só, os acamados e com problemas de locomoção; entre outros.

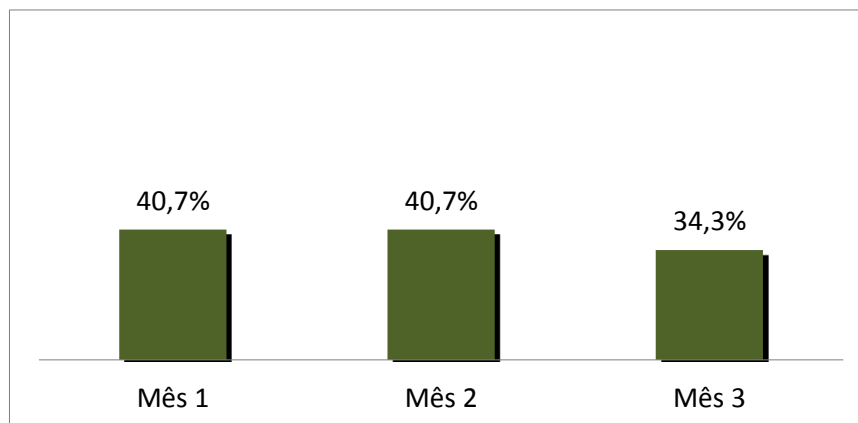


Figura 5 – Proporção de pessoas idosas com avaliação de rede social em dia.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo 6: Promover a saúde das pessoas idosas

Metas: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular e higiene bucal a 100% das pessoas idosas.

Indicadores: Número de pessoas idosas com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis/atividade física regular e higiene bucal entre o número de pessoas idosas cadastradas no Programa Saúde da Pessoa Idosa.

Todos os usuários da intervenção receberam orientações (100% em todos os meses) durante as consultas individuais, encontros comunitários e nas visitas domiciliares. Contamos com apoio de toda a equipe para que houvesse engajamento público tanto do usuário quanto de sua família.

4.2 Discussão

A intervenção, na minha unidade básica de saúde Brejão, propiciou a ampliação da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa idosa e também na melhoria do serviço, por meio de ações realizadas por todos da equipe. Podemos dizer que a reorganização desta ação programática teve um alto grau de importância tanto para a nossa equipe quanto para o serviço e a comunidade, pois resultou em um trabalho melhor organizado, propiciando assim uma melhor adesão dos idosos ao Programa, a melhora na qualidade do atendimento e otimização do registro das informações assim como a promoção de saúde dos idosos.

Para o correto desenvolvimento da intervenção foi feito desde o início a capacitação da equipe sobre o manual Caderno de Atenção Básica número 19 - Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa, 2006. Este caderno apresenta orientações para uma organização correta do processo de trabalho nas Unidades de Saúde, como também a melhor forma de acompanhar e avaliar a saúde do idoso de forma global, como a avaliação multidimensional que inclui audição, visão, nutrição, incontinência, atividade sexual, cognição e memória, humor, depressão, função dos membros inferiores e superiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social.

O principal impacto da intervenção para a equipe – podemos mencionar que a capacitação, juntamente com a intervenção, houve integração do trabalho da equipe, tanto na UBS quanto nas casas onde foram feitos os atendimentos, o acolhimento foi feito pela recepcionista e enfermeira, tanto dos casos agendados quanto os usuários que chegaram por demanda espontânea. Outras ações realizadas incluíram a primeira consulta, exame físico completo (Peso, altura, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, avaliação da cavidade oral, palpação da tireoide, ausculta pulmonar e cardíaca, avaliação do abdômen, pele e pés), incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos diabéticos. Os itens peso, altura, IMC, pressão arterial e circunferência abdominal foram aferidos pela enfermagem. Todos os dados foram repassados para a ficha espelho pela médica após cada consulta. O pessoal da Enfermagem foi o responsável pelo monitoramento e avaliação dos registros, identificando todos os idosos que vieram ao serviço para consulta, para organizar o registro do programa, transcrever as informações da ficha espelho para a planilha. Assim, todos da equipe se qualificaram mais ainda e estamos trabalhando de forma unida e integrada.

Em relação ao impacto da intervenção sobre o serviço - fizemos um trabalho integrado que melhorou a atenção e assistência dos usuários para a nossa ação programática e também melhor controle do registro das informações. Antes da nossa intervenção o trabalho era focado principalmente nos idosos que chegavam por demanda espontânea e não existia registro adequado dos idosos, mas agora todo isso tem mudado. Acredito que o uso da ficha espelho favoreceu o entendimento da importância do registro e monitoramento das nossas atividades, favorecendo assim a implementação de ações mais efetivas.

Em relação ao impacto da intervenção sobre a comunidade - tivemos bom sucesso nas comunidades, pois mantivemos os demais atendimentos e conscientizamos tanto os idosos quanto os familiares da importância dos atendimentos para identificação dos fatores de risco para prevenir possíveis complicações fatais nestes usuários. Acredito que conseguimos ter um vínculo com os usuários e suas famílias, para que eles se sintam valorizados e cuidem de si mesmos; além de fortalecer o vínculo da comunidade com a UBS.

Em relação ao que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento – acredito que alguns passos seriam importantes como chamar mais o usuários para a ação (Programa) e para a UBS; além disso, reforçaria a importância de se ter os registros adequados da ação programática, pois isso teria facilitado, desde o início, a identificação dos idosos que já estavam cadastrados e com exames em dia. Mesmo assim, conseguimos falar com os usuários sobre a orientação de frequentar as consultas com frequência adequada e a importância delas para a saúde deles.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço / melhorias devem ser realizadas – acredito que as ações estejam incorporadas à rotina do serviço e temos que manter a integração sempre presente. De qualquer forma, estamos satisfeitos porque a partir de agora, vamos manter o trabalho organizado e sistematizado no dia a dia da rotina do serviço.

A partir de agora temos que manter a reorganização realizada e também continuar com a integração da equipe; assim como continuar interagindo com a comunidade para ampliar ainda mais a cobertura de atenção da saúde da pessoa idosa. Também nos próximos meses pensamos fazer outras ações programáticas em outros programas de saúde que iremos identificando no decorrer do nosso trabalho do dia a dia para que todos tenham uma atenção e assistência bem realizadas para todos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor:

Este relatório tem por objetivo apresentar para os gestores como ocorreu a implementação do Projeto de Intervenção para a Melhoria da atenção à saúde de Idosos na UBS Brejão, como parte das atividades da Especialização em Saúde da Família pela UFPEL/UNASUS, o qual teve duração de 12 semanas.

Depois de realizar a análise situacional – diagnóstico da UBS, determinamos que o nosso foco de intervenção seria Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e realizamos atividades envolvendo monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica.

Em nossa UBS, muitos idosos não eram acompanhados pelo Programa, e isso dificulta o monitoramento adequado dos usuários. Realizamos atendimentos clínicos e tivemos envolvimento de toda a equipe; realizamos visitas domiciliares e ofertamos orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e higiene bucal. Conseguimos acompanhar e cadastrar 177 idosos (cobertura de 95,8%) e reorganizamos o serviço para que as ações fossem bem realizadas.

Contamos com apoio de alguns líderes comunitários para a reunião junto à comunidade, assim, pudemos trabalhar com engajamento público bem como favorecer a conscientização dos usuários em relação a sua própria saúde. Os usuários estão mais satisfeitos com atenção e assistência qualificada recebida.

Contamos com apoio da gestão e queremos contar com vocês também, pois o trabalho precisa continuar organizado e qualificado. Precisamos contar com dentista na equipe, pois não tivemos isso e é imprescindível que os usuários recebam atenção à saúde bucal (próteses) e é preciso reorganizar agenda para a realização de exames periódicos em menos tempo.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

O trabalho dos médicos do Programa Mais Médicos está vinculado a realização de um curso em Especialização em Saúde da Família, sendo assim, todos os médicos deste programa que trabalham nas UBS, tem um dia da semana destinado ao curso.

Realizamos uma avaliação minuciosa da Unidade de Saúde sobre estrutura, trabalho da equipe e como as ações eram realizadas a todos vocês. Percebemos que a Atenção à Saúde dos Idosos precisava de melhoramentos, já que muitos idosos não eram acompanhados pelo Programa; não havia registro para o correto monitoramento e quase inexistiam atividades de educação, prevenção e promoção de saúde.

Desenvolvemos uma intervenção para reorganizar o serviço que teve duração de 12 semanas, assim, tivemos como objetivos: aumentar a cobertura do Programa do Idosos; melhorar a qualidade do serviço (registro, exame clínico, exame complementar e orientações) e tivemos participação de todos os membros da equipe.

Conseguimos cadastrar 177 idosos (cobertura de 95,8%), ou seja, quase todos os idosos da área de abrangência agora são acompanhados pelo Programa da Unidade de Saúde. Assim, estamos trabalhando com prevenção para diminuir a ocorrência de doenças que causam impacto na qualidade de vida dos idosos e suas famílias.

Continuaremos com o serviço reorganizado, com as consultas individuais, encontros coletivos e visitas domiciliares, assim, vocês receberão o cuidado qualificado.

Esperamos contar com vocês, pois para que as atividades tenham êxito, é fundamental a participação, interesse e conscientização dos usuários, assim, teremos condições de ofertar e ter mais saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quero começar esta reflexão dizendo que quando recebi a informação da necessidade de cursar a Especialização em saúde da Família, fiquei com muitas dúvidas e até curiosa, pois não imaginava como seria um curso à distância; além disso, em outra língua.

No início, tive contato com colegas e orientadores e isso foi fundamental, pois todos estávamos começando o curso cheio de dúvidas e expectativas. Logo na primeira unidade chamada Análise Situacional, tive contato com um extenso conhecimento sobre o local de trabalho e pude junto da equipe diagnosticar os problemas, as fragilidades e os aspectos positivos. Assim, escolhemos um foco (ação programática da intervenção) com base nas necessidades da população, fato que por si só é bem importante e positivo.

Também gostei da parte clínica com casos interativos e realização de tarefas com o objetivo de qualificar mais ainda a prática profissional.

Todo o curso trouxe experiências positivas, permitiu que houvesse integração da equipe, com os outros trabalhadores da UBS, com a gestão e com a comunidade. As dificuldades existiram, como não ter UBS própria, mesmo assim, com esforço e dedicação, lidamos bem com as limitações.

Minhas orientadoras me ajudaram muito; foram preocupadas, exigentes e compreensivas, sempre sugerindo qualificações; isso serviu para continuar melhorando meu trabalho e desempenho como profissional no futuro. Além disso, melhorei os conhecimentos da língua portuguesa, a equipe ficou mais organizada e aprendemos como planejar ações e as relações com as comunidades ficaram mais sólidas, realmente fiquei muito satisfeita com a experiência adquirida com este curso.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.

Schmidt MI; Duncan BB; Silva GA; Menezes AM; Monteiro CA; Barreto SM; Chor D; Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet. 2011. p.61-74.

Anexos



Anexo A – Ficha Espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Problemas de locomoção? () Sim () Não / É acamado(a)? () Sim () Não / HAS? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não
 Estatura: _____ cm / Perímetro Braquial: _____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? _____

[illegible][illegible]

Anexo B - Planilha de coleta de dados

O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?	O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo C - Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12


Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante